



Office Intercommunal des Sports
Pays de Grand-Fougeray

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'accident.

(arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs)

Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

Ce document est confidentiel.

PRATIQUANT

NOM

PRÉNOM

Date de naissance

École

Classe

RESPONSABLES

PERE

NOM

PRÉNOM

Adresse

Ville

Téléphone

Email

MERE

NOM

PRÉNOM

Adresse

Ville

Téléphone

Email

ASSURANCES

NOM de l'assuré

N° sécurité sociale

Caisse d'assurance maladie

Nom de la mutuelle

N° de sociétaire

Nom et N° allocataire

(CAF, MSA ...)

Nous vous invitons à vérifier auprès de votre assureur si votre police d'assurance couvre les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé durant les activités.

Le cas échéant, nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance extra scolaire

VACCINATIONS

OBLIGATOIRE

Diphtérie	<input type="checkbox"/>	_____	Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	_____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	_____	Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	_____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	_____	Rougeole	<input type="checkbox"/>	_____
HIB	<input type="checkbox"/>	_____	Oreillons	<input type="checkbox"/>	_____
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	_____	Rubéole	<input type="checkbox"/>	_____
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	_____			

RENSEIGNEMENTS

LE PRATIQUEUR A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES

Rubéole	<input type="checkbox"/>	_____	Varicelle	<input type="checkbox"/>	_____
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	_____	Angine	<input type="checkbox"/>	_____
Otite	<input type="checkbox"/>	_____	Rhumatisme	<input type="checkbox"/>	_____
Rougeole	<input type="checkbox"/>	_____	articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	_____
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	_____	Oreillons	<input type="checkbox"/>	_____

Poids _____ Taille _____

Traitement
médical permanent _____

Allergies
(préciser causes et conduite à tenir) _____

Recommandations
(lunettes, appareils, comportement ...) _____

Je soussigné _____, responsable légal de l'enfant, certifie :

- Exact tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise l'enfant à participer à l'activité organisée par l'éducateur de l'OIS PGF. Le pratiquant (mineur) sera sous la responsabilité de l'éducateur uniquement pendant le déroulement de la séance.
- M'engage à régler l'intégralité du **montant** de l'activité et un **certificat médical** de non contre indication dans un délai de un mois après le début de l'activité.
- Autorise l'éducateur sportif à **diffuser les photos de l'enfant** dans le cadre de ses outils de communication et d'information.
- Autorise le pratiquant (mineur) à **partir seul du lieu de l'activité**.

Fait à :

Le :

Signature

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

ATTESTATION DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

SEULEMENT EN CAS DE RENOUELEMENT DE LICENCE

Je, soussigné, **Mme / Mr**
(nom de l'adhérent, ou de son représentant légal)

Représentant **l'enfant**

certifie avoir répondu **NON** à toutes les questions du
formulaire de santé

CERFA n° 15699*01, disponible sur
https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do

lors de la demande de renouvellement de la licence
sportive, pour l'année 2020-2021.

À
LE

SIGNATURE

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		OUI	NON
Durant les 12 derniers mois			
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour			
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.